



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



Facultad de Medicina



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR**

**DISCAPACIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON MIGRAÑA DEL CENTRO
DE SALUD “DR JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

**PRESENTA
DRA. ANGÉLICA ZAMUDIO VILLALBAZO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**DIRECTOR DE TESIS
DRA. ELVIRA CASTRO MARTÍNEZ**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

- 2018 -

REGISTRO
6341010117



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

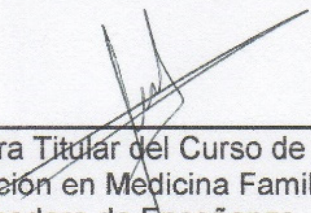
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DISCAPACIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON MIGRAÑA DEL
CENTRO DE SALUD "DR JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"**

PRESENTA
DRA. ANGÉLICA ZAMUDIO VILLALBAZO.

AUTORIZACIONES

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS



Profesora Titular del Curso de
Especialización en Medicina Familiar.
Coordinadora de Enseñanza
Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana"
Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

DR. FEDERICO LAZCANO RAMÍREZ



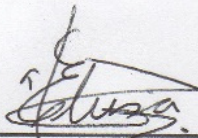
SECRETARÍA DE SALUD
SEDESA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

Director de Educación e Investigación
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

**DISCAPACIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON MIGRAÑA DEL
CENTRO DE SALUD "DR JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"**

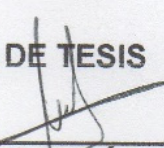
**PRESENTA
DRA. ANGÉLICA ZAMUDIO VILLALBAZO**

DIRECTORA DE TESIS



DRA. ELVIRA CASTRO MARTÍNEZ
Especialista en Neurología
Subdirectora de Enseñanza
Hospital General Manuel Gea González

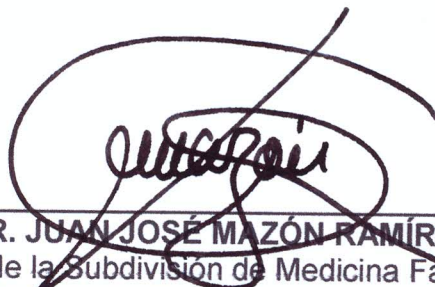
ASESORA DE TESIS



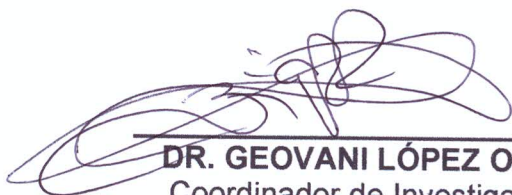
DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS
Profesora Titular del Curso de
Especialización en Medicina Familiar.
Coordinadora de Enseñanza
Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana"
Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

**DISCAPACIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON MIGRAÑA DEL
CENTRO DE SALUD "DR JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"**

**AUTORIDADES DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina UNAM.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ.
Coordinador de Investigación.
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina UNAM.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.
Coordinador de Docencia.
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina UNAM.

DEDICATORIA:

A mi mamá y a mi hermano:

Cada paso, grande o pequeño, ustedes han estado a mi lado, en mis aciertos y errores, he contado con ustedes para celebrar o para apoyarme. El Mayor Privilegio que tengo en la vida es que ustedes sean Mi Familia.

AGRADECIMIENTOS:

A mi mamá y a mi hermano. *Por el apoyo que siempre me han brindado no solo en mi carrera sino en todos los aspectos de la vida. Sin ustedes, esto no hubiera sido posible.*

A la Dra. Elvira Castro Martínez: *Por su confianza y apoyo en este proyecto.*

A la Dra. Consuelo González Salinas: *Por las enseñanzas médicas y de vida que recibí durante estos 3 años.*

INDICE

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Planteamiento del problema.....	17
1.3 Justificación.....	19
1.4 Objetivos:	21
1.4.1 Objetivo general	21
1.4.2 Objetivos específicos	21
1.5 Hipótesis de trabajo	21
2. MATERIAL Y MÉTODOS	22
2.1 Tipo de estudio.....	22
2.2 Diseño de investigación de estudio:.....	22
2.3 Población lugar y tiempo	22
2.4 Muestra	22
2.4.1 Calculo de tamaño de muestra	23
2.5 Criterios de selección	23
2.5.1 Inclusión:.....	23
2.5.2 No inclusión.....	23
2.5.3 Eliminación.....	23
2.6 Variables (tipo y escala de medición).....	24
2.6.1 Definición conceptual	24
2.6.2 Definición operacional de variables.....	25
2.7 Diseño estadístico	25
2.8 Instrumento de recolección de datos	26
2.9 Método para la recolección de datos	26
2.10 Maniobras para evitar y controlar sesgos.....	27
2.11 Procesamiento estadístico	27
2.11.1 Diseño y construcción de la base de datos	27
2.11.2 Análisis estadístico.....	27
2.12 Cronograma	27
2.12.1 Etapas del estudio.....	27
2.13 Recursos humanos, materiales y físicos	28
2.14 Financiamiento del estudio.....	28
2.15 Consideraciones éticas	29
3. RESULTADOS	32
4. DISCUSIÓN	36
5. CONCLUSIONES	38
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
7. ANEXOS	45

RESUMEN

DISCAPACIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON MIGRAÑA DEL CENTRO DE SALUD JOSÉ CASTRO VILLAGRANA.

Zamudio VA, Castro ME, González SC.

Introducción: La migraña se caracteriza por episodios recurrentes de cefalea, acompañados de náusea, vómito, fotofobia y fonofobia, es una cefalea primaria que afecta al 11% de las personas en el mundo, ocasiona alteraciones en la vida social, laboral de las personas y discapacidad, , es importante conocer el grado de discapacidad de quienes la padecen y existen instrumentos de fácil aplicación, que pueden ayudar al médico a realizar una adecuada clasificación del grado de discapacidad de los pacientes, uno de ellos es el cuestionario MIDAS (Migrain Disability Assessment)

Los pacientes tienden a utilizar automedicación para su tratamiento provocando un mal pronóstico en la evolución de la migraña y probables complicaciones

Objetivo: Evaluar el grado de discapacidad de los pacientes con migraña del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, a 159 pacientes en el Centro de Salud José Castro Villagrana con criterios clínicos diagnósticos de migraña según la clasificación de la Sociedad Internacional de cefaleas (SIC). Se midió el grado de discapacidad por migraña empleando el cuestionario MIDAS y una cedula de identificación de datos, donde se incluyeron preguntas relacionadas al uso de automedicación.

Resultados: Se estudiaron 159 individuos; 53 presentaron discapacidad grado I, 46 grado II, 34 grado III y 26 grado IV, el 65% eran mujeres. El 98.1% conductas que hacen que el tratamiento sea inadecuado y se provoquen complicaciones, como por ejemplo migraña crónica

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con migraña presentaron un grado de discapacidad I y II, pero se debe tomar en cuenta a los pacientes presenta grados de discapacidad III y IV ya que estos pueden requerir atención médica especializada.

Se debe identificar de forma temprana este padecimiento; esto se puede lograr mediante la capacitación y adiestramiento del personal, debemos disminuir el porcentaje de automedicación, para lo cual se deben implementar medidas informativas a la población que incluyan acciones del equipo multidisciplinario para sensibilizar e informar a los pacientes como pláticas y grupos de apoyo.

Palabras clave: Migraña, discapacidad automedicación.

SUMMARY
DISABILITY IN ADULT PATIENTS WITH MIGRAINE OF THE JOSÉ CASTRO VILLAGRANA HEALTH CENTER.

Zamudio VA, Castro ME, González SC.

Introduction: Migraine is characterized by recurrent episodes of headache, accompanied by nausea, vomiting, photophobia and phonophobia. It is a primary headache that affects 11% of people in the world, causes alterations in the social and labor life of people and Disability, it is important to know the degree of disability of those who suffer from it and there are easy-to-apply instruments that can help the physician to properly classify the degree of disability of the patients, one of them being the Migrain Disability Assessment) Patients tend to use self-medication for their treatment causing a poor prognosis in the evolution of migraine and probable complications

Objective: To evaluate the degree of disability of patients with migraine at the Dr. José Castro Villagrana Health Center.

Material and Methods: A descriptive, observational study of 159 patients at the Jose Castro Villagrana Health Center with clinical criteria for migraine according to the classification of the International Headache Society (ICS).The degree of migraine disability was measured using the questionnaire MIDAS and a data identification card, which included questions related to the use of self-medication.

Results: We studied 159 individuals; 53 had grade I, 4 grade II, 34 grade III and 26 grade IV, 65% were women. 98.1% behaviors that make treatment inadequate and cause complications, such as chronic migraine

Conclusions: The majority of patients with migraine presented a degree of disability I and II, but it must be taken into account that patients have degrees of disability III and IV as these may require specialized medical care. This condition must be identified early; This can be achieved through the training and training of staff, we must decrease the percentage of self-medication, for which we must implement informational measures to the population that include actions of the multidisciplinary team to raise awareness and inform patients as talks and support groups.

Key words: Migraine, self-medication disability

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

La migraña, es un dolor en la cabeza que generalmente solo afecta uno de sus lados, ha tenido diversas denominaciones a través del tiempo; se ha denominado por los griegos Hemikraneia por el vocablo Kranion diminutivo de kranos (yelmo). Galeno de Pérgamo fue el primero en utilizar este término, más adelante los latinos la llamaron Hemicrania y también ha sido nombrada jaqueca (del árabe) y llegó al español como hemicránea y finalmente el término ha derivado en migraña.

Los primeros relatos sobre la enfermedad migraña provienen de Mesopotamia y Egipto, del papiro de Ebers, de aproximadamente 1200 a. C. Se habla de cuadros de dolor de cabeza tipo migraña, neuralgias y otras afecciones similares, de acuerdo a estudios se basados en documentos médicos de aproximadamente 1550 años a. C. Otra fuente histórica de los antecedentes de la migraña son los poemas babilonios, de 3000 años a. C., ellos relatan situaciones que pueden corresponder a migraña con aura. También se han conservado documentos sumerios, de la misma época mencionada, que tratan sobre esta enfermedad.

Algunos relatos mitológicos de la Grecia antigua se relacionan con la migraña, como lo es el nacimiento de Palas Atenea: Zeus tenía un fuerte dolor de cabeza y recurre a Hefesto para que le abriera la cabeza (el resultado fue el nacimiento de la diosa). Griegos célebres como Platón y Esculapio hablan de dolores de cabeza que podrían ser migraña.

La primera clasificación de cefaleas que se considera confiable y habla sobre migraña es de Arateo de Capadocia, se realizó entre los siglos I y II de nuestra era. Arateo distinguía tres tipos de dolores de cabeza ^(1,2).

1. Heterocrania, correspondiente a la migraña;
2. Cefalalgia, menor intensidad y sin recurrencia,

3. Cefalea, que hoy corresponde a la cefalea crónica diaria.

Esta clasificación fue de gran importancia, y permaneció sin cambios hasta el siglo XVII. Charles le Pois en el siglo XVII fue quien describió de forma precisa la migraña con aura. Johan Jakob Wepfer de Shaffhausen realizó la primera descripción del infarto migrañoso, así como de la migraña basilar, atribuyéndola a una disfunción del tronco cerebral. Sir Thomas Willis (1621-1675), realizó descripciones sobre la migraña como migraña con aura, sin aura y basilar. Edward Flauta en 1912 publica su libro Die Migräne, en donde describe de forma muy completa esta enfermedad. En 1983 fue creada La Sociedad Internacional de Cefaleas (International Headache Society) y en 1985 se creó un Comité de Clasificación y después de tres años publicaron un extenso documento sobre esto donde se incluye a la cefalea tipo migraña ⁽²⁾.

Migraña como concepto

Migraña corresponde a un tipo de cefalea y “Cefalea” se define como un “dolor de cabeza”. Para diferenciarla de otros dolores de cabeza es de gran ayuda la clasificación propuesta por la Sociedad Internacional de Cefaleas (SIC); de acuerdo con esta clasificación, la migraña es una cefalea primaria y las cefaleas primarias ocupan la mayor parte de las consultas ambulatorias ⁽³⁾.

Las definiciones más utilizadas para la migraña son las establecidas por la Sociedad Internacional de Cefaleas, hace más de 2 décadas, y se reiteró en la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Condiciones Relacionadas con la Salud de la Organización Mundial de la Salud. La clasificación original de la International Headache Society definió la migraña común y clásica respectivamente como dolor hemicranial idiopático recurrente de 4 a 72 horas con calidad pulsátil moderada a severa, precedida de síntomas inequívocamente localizados en la corteza cerebral o tronco encefálico de 5 a 20 minutos; seguido por náuseas, fotofobia y fonofobia. Desde entonces, los criterios se han revisado varias veces y en la Clasificación Internacional de

Trastornos de Cefalea-3-beta, ya no se utiliza los términos migraña "común" y "clásica". La clasificación más reciente utiliza los términos migraña con aura (MA) y migraña sin aura (MO).⁽⁴⁾

La migraña se puede presentar en todas las etapas de la vida afectando la calidad de vida y el sueño, por lo tanto es discapacitante. Se piensa que casi la totalidad de las personas han presentado un episodio de cefalea a lo largo de su vida y es un desorden del sistema nervioso que suele ser severo, debilitante y causar discapacidad. Es común que se presente con ausencia de enfermedades que justifiquen la cefalea, lamentablemente muchas veces es mal diagnosticada y mal tratada^(3,5,6,7,8).

Epidemiología

Es una enfermedad que afecta al 11% de los adultos en el mundo, este porcentaje perjudica primordialmente al género femenino, frecuentemente tiene presentación familiar y en estudios poblacionales se han determinado, que el riesgo en familiares de primer grado es 1.5 a 4 veces mayor que la población en general^(9,10).

La OMS la considera como una de las enfermedades de más impacto en la calidad de vida, ya que se encuentra en el puesto 19 del listado de enfermedades incapacitantes; causando discapacidad en el 4.5% de los pacientes y deterioro progresivo en la calidad de vida. El 31.3% de los afectados presentan más de 3 ataques mensuales, de los que el 5.73% requiere reposo en cama lo que condiciona al menos 1 día de reposo laboral^(11,12).

En México (a datos del 2010) representó la sexta causa de años vividos asociados a discapacidad, afectando aproximadamente al 15% de las mujeres y 6% de los hombres. La enfermedad es más incidente en la población en edad productiva predominantemente femenina ya que en comparación con los hombres tienen una prevalencia casi tres veces mayor que los hombres y su

incidencia de por vida es casi tres veces mayor (43% vs 18%), siendo del 3% al 14% de los pacientes con evolucionan a migraña crónica ^(11,12).

Estudios han reportado que solo el 13.6% de los pacientes con migraña crónica acuden al médico especialista para su diagnóstico y tratamiento, y solo el 4.5% de las personas con discapacidad grado II (de acuerdo con la escala MIDAS) acuden al médico para un recibir diagnóstico y tratamiento preventivo ⁽¹³⁾.

Etiopatogenia

Hay diferentes causas que originan migraña en cada persona, en un solo paciente puede ser suficiente con un factor o bien la combinación de varios para presentar los síntomas, los principales factores son:

- Ambientales: por ejemplo la luz brillante, fuertes sonidos, y cambios en el clima.
- Conductuales: Sueño excesivo o por el contrario la falta del mismo, saltarse alimentos, estrés, ansiedad, depresión.
- Alimenticios: Chocolate, queso, cafeína, cítricos, bebidas alcohólicas, conservadores como el glutamato monosódico (embutidos, enlatados), dieta rica en grasas, ingesta de vino tinto.
- Biológicos: edad avanzada, género femenino, etnia caucásica, factores genéticos, cambios hormonales, adolescencia, menstruación, menopausia, obesidad.
- Sociales: estatus socioeconómico bajo, pocos ingresos económicos, trabajo de tiempo completo, nivel educativo bajo.

El abuso de medicamentos principalmente analgésicos también se considera un desencadenante ⁽¹⁴⁾.

Otra causa es el componente genético, el locus MGR1 ubicado en el brazo largo del cromosoma 4(4q24), el marcador D4S1647 ubicado en esta área es

un locus de susceptibilidad para migraña con aura y el locus de riesgo (4q21, D4S1534) está relacionado la migraña sin aura así que MGR1 predispone a migraña ⁽⁵⁾.

Clasificación

Se conocen diferentes tipos de cefalea, que se encuentran definidos en la Clasificación Internacional de Cefaleas, documento que edita la SIC, quienes publicaron una clasificación beta en 2013; en esta clasificación se incluye a la migraña como una cefalea de tipo primaria. La migraña se clasifica como migraña con aura (la que se acompaña de signos premonitorios), migraña sin aura; migraña hemipléjica, migraña retiniana, migraña crónica. Entendiendo aura como la presencia de síntomas del sistema nervioso, que preceden a la migraña que se presenta como cefalea aproximadamente en el plazo de una hora después; estos síntomas pueden ser alteraciones visuales como luces o manchas brillantes, presencia de visión borrosa, puntos ciegos, síntomas auditivos y/o alteraciones de la sensibilidad o motricidad ⁽⁴⁾.

Cuadro clínico

Las personas con migraña presentan un cuadro de cefalea en ataques agudos que duran de 4 a 72 horas, unilaterales de tipo pulsátil con intensidad moderada a grave. Por lo general aumenta con los esfuerzos y estímulos, comúnmente se acompaña de fotofobia, fonofobia y puede presentar náuseas y vómito. Se han desarrollado criterios diagnósticos para la migraña, en la migraña sin aura, se deben tener al menos 5 episodios que cumplan con una duración entre 4 y 72 horas, presentar al menos dos de las siguientes características: localización hemicránea, calidad pulsátil, intensidad moderada a grave, empeorar con el ejercicio físico; y tener al menos uno de los siguientes episodios durante la cefalea: náusea, vómito, fotofobia o fonofobia.

Los criterios para migraña con aura son al menos 2 episodios que cumplan al menos con 3 de las siguientes características: uno o más síntomas

completamente reversibles que indiquen una disfunción cortical cerebral focal del tronco o ambas, por lo menos uno de los síntomas de aura se desarrolla gradualmente en más de 4 min, o dos o más síntomas del aura que se desarrollen sucesivamente. Ninguno de los síntomas del aura dura más de 60 min. La cefalea sigue al aura con intervalo libre de menos de 60 min, puede comenzar también antes o al mismo tiempo que el aura y la anamnesis, la exploración excluye la cefalea secundaria ^(4,5,7,15)

Fisiopatología

Se ha considerado una teoría evolutiva en el desarrollo de la migraña, considerando que la evolución busca una mejor adaptación permitiendo la supervivencia, el dolor de cabeza tipo migraña debió aportar beneficios a la evolución de la especie, se explica como una respuesta homeostática frente una amenaza ambiental, las respuestas homeostáticas son universales en espacio y tiempo y su desarrollo es paralelo a las emociones y sus alteraciones, dan lugar a respuestas como el dolor, emociones y comparten sustrato anatómico en áreas como la ínsula, el hipocampo, el hipotálamo y la corteza prefrontal ventromedial.

La migraña es patrimonio de nuestra especie debido a una mayor capacidad intelectual, gracias a una llegada masiva de información puede llegar a desbordar estructuras subcorticales. El sistema trigémino vascular responde a este estímulo. La migraña para el Homo Sapiens es una respuesta dolorosa, como una señal de alarma activada por estímulos sensoriales extremadamente sensibles, ya que a los cazadores y recolectores, un olor un ruido o luz sería percibido anticipadamente poniendo a salvo al individuo ⁽¹⁶⁾.

Los sujetos con migraña presentan un cerebro con respuestas incorrectas e hiperexcitabilidad, ya que poseen menor umbral sensitivo, menor capacidad para habituarse al dolor y menor capacidad de respuesta a estímulos emocionales ⁽¹⁷⁾.

Se consideran 5 escenarios hipotéticos:

1. La migraña como mecanismo de defensa: la migraña evita en el sujeto la exposición a factores desencadenantes de cefalea.
2. La migraña como resultado de conflicto con otros organismos: Podría estar relacionada con gérmenes patógenos que se pueden beneficiar de la respuesta cerebral del dolor.
3. La migraña como resultado a la exposición de factores ambientales: Puede estar en relación con rasgos de la evolución natural.
4. La migraña como resultado de interacción genética de riesgos y beneficios: La migraña puede conferir, a pesar del dolor, beneficios al sujeto que la padece (relación con el número de genes y la posibilidad de expresión o no en la población).
5. La migraña como diseño constrictivo: Fundamentada en la probabilidad de que la estructura cerebral está predeterminada por la evolución, en la que las estructuras primitivas del tallo cerebral esenciales para la supervivencia no pueden rediseñarse evolutivamente.¹⁷

La migraña consta de cinco fases: prodrómica, aura, cefalalgia, resolución y posdorsal. En la segunda fase existen datos de disfunción neurológica visual, sensitiva motora y del lenguaje⁽¹¹⁾.

La función aferente del axón trigémino transmite los impulsos dolorosos de los vasos a otras estructuras del cráneo para llegar al núcleo caudal del nervio trigémino en el sistema nervioso central (SNC), donde es registrado como dolor. La migraña es una enfermedad neurobiológica en la que se ha determinado un riesgo familiar de primer grado, 1,5 a 4 veces mayor que en la población en general. En estudios en gemelos de 6 países se encontró que la heredabilidad era del 40 al 50% y que los factores ambientales tenían menor efecto⁽¹⁷⁾.

Existe un fenómeno neuronal iniciador de la migraña, llamado depresión cortical diseminada, que se relaciona con una depresión funcional neuronal que inicia en la región occipital progresando a la región anterior; se relaciona

con hipoperfusión cortical y meníngea, disminuyendo el metabolismo cortical. Este fenómeno puede estar causado por alteración de la permeabilidad neuronal con posterior disfunción de canales iónicos y finalmente desbalance de sodio, potasio, calcio y magnesio. Las estructuras sensitivas intracraneanas reciben inervación de la primera rama del trigémino y su cuerpo celular está en el ganglio y se conecta con el complejo trigémino nuclear en el tallo cerebral y se extiende hasta los segmentos C2 y continúa con los segmentos de C2 y raíz dorsal del cordón medular (teoría de convergencia)

Se llega a la liberación neuronal y endotelial de neurotransmisores que estimulan las terminales periféricas del nervio trigémino vascular. La exposición de varios receptores promueve un incremento intracelular de calcio y fosforilación activa de las proteínas (PKC) y tirosinasa (Trek), se dilatan las arterias dúrales y piales, y la liberación de sustancias como péptido está relacionado al gen calcitonina (CGRP) y polipéptido intestinal adoptivo (VIP) promoviendo la inflamación neurogénica y la dilatación. La conducción ortodrómica y antidrómica propagan la respuesta inflamatoria a tejidos adyacente y se presenta dilatación intracraneanas de la arteria meníngea media y temporal.

Los vasos inflamados envían impulsos de dolor de regreso a través del axón hacia el tallo cerebral y de ahí al tálamo y corteza, donde el dolor es registrado como pulsátil. Se ha demostrado la presencia de un generador de migraña en el tallo cerebral, se cree que es la sustancia gris periacueductal. Se reconoce la participación de diferentes neurotransmisores como serotonina, dopamina, histamina péptida relacionado al gen de calcitonina ^(17,18,19).

Se han demostrado anormalidades metabólicas en la migraña. Aumento de lactato en líquido cefalorraquídeo, disminución del magnesio, aumento del consumo neuronal de glucosa, disminución de actividad de la NAHD-deshidrogenasa, de la citrato sintasa y de la citocromo oxidasa sugestivo de alteración de oxidación mitocondrial. También se encuentra la disminución de la secreción de ATP plaquetario y circulante, y disminución de fosfocreatina e

incremento del fosfato inorgánico y disminución del 10 al 15% de noradrenalina, disminución intracelular de magnesio, disminución en la producción mitocondrial de ATP, y reducción en la acidificación de citosol y disminución de la fosfodiesterasa neuronal, por lo que observa que los mecanismos que explican la migraña son complejos ⁽¹⁷⁾.

Diagnóstico

La historia clínica siempre será el factor diagnóstico más importante para el médico, además el paciente puede realizar un diario para documentar la forma de presentación, duración y frecuencia de la cefalea. Una semiología correcta del dolor y el examen físico completo, es también importante para descartar otras causas de cefalea tipo migraña. Y se deben utilizar los criterios diagnósticos para Migraña ⁽⁶⁾.

Se debe realizar diagnóstico diferencial con cefalea tensional, cefalea en racimos, cefalea causada por analgésicos, cefalea vascular no migramos, infecciones, enfermedad dental, enfermedad ocular, compresión radicular, enfermedad de la articulación temporomandibular, alteraciones de la estructura de órganos o vasculatura cerebral, así como tumores hemorragias, infecciones o lesiones en la cabeza (traumatismos), contractura muscular o epilepsia. Se pueden realizar Bh, PCR VSG, para descartar procesos inflamatorios agudos, o estudios de electroencefalograma, tomografía craneal (TAC) o resonancia magnética ante la sospecha de lesiones ocupativas, sangrado, EVC Doppler de carótidas o arteriografía o gammagrafía cerebral ante la sospecha de aneurismas, trombosis venosa, disección arterial, punción lumbar ante la sospecha de meningitis, o hipertensión endocraneana ^(5,20).

El diagnóstico de este padecimiento depende de la información obtenida entre el médico y el paciente, se basa primordialmente en la historia clínica, estudios de laboratorio de neuro-imagen; pero la adecuada comunicación del médico ha sido identificada como el aspecto más importante en el diagnóstico, si los pacientes perciben empatía con su médico, es de gran ayuda para el diagnóstico y posteriormente para un buen progreso en su tratamiento ⁽²¹⁾.

Tratamiento

El manejo de la migraña ha representado un problema para la práctica de la salud. La duración de la migraña, así como la alta frecuencia de pacientes con migraña que acuden al médico posterior a un gran número de tratamientos son solo algunos factores.

La complejidad del tratamiento depende de las comorbilidades del paciente y a la frecuencia de los episodios de migraña ⁽²²⁾.

El objetivo es aliviar los síntomas en un ataque agudo, así como reducir la frecuencia de los ataques, no se pretende la curación total de la enfermedad, la educación del paciente es esencial para que el individuo evite factores desencadenantes ⁽²³⁾.

Parte del tratamiento consiste en evitar factores precipitantes (estrés, alcohol, queso, cítricos, chocolate, vino tinto) a esta acción se suma las técnicas de relajación, o a técnicas asociadas a las artes marciales, el ejercicio terapéutico puede ser una opción. Se ha utilizado ejercicio aeróbico y ejercicios de estabilización cervical, el objetivo es restaurar la función musculoesquelética y reducir el dolor, ya que han sido asociados a hipoalgesia general ^(7,10,20)

Algunos fármacos empleados son:

Agonistas del receptor de serotonina 1 (5HT1)

Se les conoce como triptanos, se usan para controlar crisis de intensidad moderada a intensa, tienen doble efecto antimigrañoso, vasoconstrictor actuando sobre receptores vasculares 5HT1B y antiinflamatorio actuando sobre receptores 5HT1 D, algunos ejemplos son sumatriptan, zolmitriptan y rizatriptan, su administración puede causar náuseas mareos y espasmos coronarios en personas susceptibles por lo que se contraindica en hipertensos, cardiopatas pacientes con antecedente de EVC y embarazo. Se puede utilizar sumatriptan 100mg y zolmitriptan 2.5 y 5 mg.

Alcaloides ergotamínicos.

Fueron utilizados desde hace mucho tiempo como agonistas no selectivos 5HT1 y tienen acción sobre otros receptores, y presentan mayores efectos

adversos, entre los que destacan dependencia y adicción. Se utilizan en crisis de moderada a gran intensidad, no se recomienda en crisis de migraña con aura ni en embarazadas, se conocen el tartrato de ergotamina y la dihidroergotamina

Anti-inflamatorios no esteroideos

Bloquean la enzima ciclooxigenasa (COX) causando disminución de la síntesis de prostaglandinas con lo que se reduce la activación de los receptores del dolor en la zona inflamada. Se recomienda en crisis leves a moderada, principalmente paracetamol 1000mg o ibuprofeno 600mg y ácido mefenámico 500mg. Los efectos adversos son náuseas, vómito, dolor abdominal y en algunos pacientes sangrado de tubo digestivo. Se recomienda el uso de fármacos combinados, por ejemplo con la metoclopramida disminuyendo la náusea y aumentando la eficacia de los analgésicos. Otro fármaco utilizado es el ácido acetil salicílico

Terapia profiláctica con Beta bloqueadores.

Un fármaco que se utiliza como profiláctico es el propanolol 40mg, algunos otros ejemplos son timolol y nadolol y atenolol.

Antiepilépticos

Se han utilizado Valproato de magnesio con adecuada tolerancia se debe evitar en embarazo. Se puede usar Topiramato como profilaxis en dosis inicial.

Antidresivos

El único fármaco tricíclico que ha probado ser eficaz en el tratamiento de la migraña es la Aminotriptilina de 25 mg por día e ir aumentando de 25 a 50 mg, hasta llegar a un máximo de 100 mg, 2 veces al día. También se pueden utilizar fármacos, bloqueadores de los canales de calcio.

El tratamiento debe ser individualizado, incluyendo terapia farmacológica, de comportamiento y tratamiento de intervención. ^{5,9,19,20, 22,23,24,25,26}

Pronóstico

De acuerdo con el concepto internacional de la Organización Mundial de la Salud, el estado de salud implica al bienestar físico, psíquico y social del individuo. La incapacidad que genera la migraña repercute negativamente en los tres aspectos.

Se define discapacidad como las deficiencias y limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función pulmonar, las limitaciones de actividad son dificultades para llevar a cabo tareas y los problemas de participación se observan cuando hay limitación a participar en situaciones vitales, es una característica que relega las condiciones del sujetos y de la sociedad en donde vive ^(27,28,29).

En la mayoría de las familias se observa algún integrante discapacitado y muchas personas que no lo son asumen la responsabilidad de apoyar al familiar discapacitado. Lo cual representa un gran apoyo en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes en crisis ^(28,29,30).

La migraña es una entidad neurológica crónica en la que el 4.5% de los pacientes afectados presentan discapacidad, interfiriendo con las actividades físicas, productividad laboral, estilo de vida y psicológicamente ⁽³⁰⁾.

Aunque la cefalea es generalmente episódica, muchos pacientes con diagnóstico de migraña están limitados, por la imposibilidad de realizar sus actividades habituales durante el período de las crisis. Además, con frecuencia se anticipan a futuros ataques y condicionan su funcionamiento como persona a la ausencia de cefalea.

La migraña está relacionada con “Calidad de Vida”, entendiendo este término como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas, e inquietudes. Se trata de un

concepto muy amplio, en el que desde luego interviene la salud física del sujeto, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (27,29,30,31,32,33,34,35).

Se ha mencionado que los pacientes con migraña tienen una mala calidad de vida y afecta el entorno familiar al presentarse un evento de migraña ocasionando aún más estrés y disfunción familiar. Es un padecimiento que se asocia a depresión y ansiedad, por lo que es un factor de riesgo para ideación suicida ⁽³⁶⁾.

La migraña es un trastorno común y prevalente que contribuye considerablemente al gasto sanitario e interfiere en la calidad de vida de los pacientes no solo por los costos de su medicación sino también por pérdidas de días en el trabajo o pérdida de capacidad funcional. El impacto de la migraña en la vida laboral es muy importante ya que no se reduce exclusivamente a días de trabajo perdidos ⁽³⁷⁾. Existen múltiples instrumentos diseñados para evaluar las dimensiones que integran las mediciones de salud, discapacidad y calidad de vida en diversas poblaciones y enfermedades como es el caso de la cefalea tipo migraña ^(38,39).

Escala MIDAS

Debido a que la migraña puede ser discapacitante, existen herramientas que pueden medir su impacto y una de ellas es la escala MIDAS (Margine, Dissability Assessment Sale) ^(38,39).

La cuantificación del impacto producido por la migraña sobre la calidad de vida es importante por varias razones ⁽³²⁾:

1. La información puede utilizarse para evaluar aspectos de la carga de la enfermedad en individuos con cefalea.
2. Puede utilizarse como una medida evolutiva en ensayos clínicos y en la práctica clínica.

3. Puede servir para identificar tratamientos que optimicen la evolución (31).

Algunos estudios realizados utilizando la escala MIDAS han demostrado que las personas con cefalea crónica presentan mayor grado de discapacidad que los que presentan cefaleas episódicas (38,39). La escala MIDAS permite medir discapacidad en las personas con este padecimiento y se desarrolló para medir el efecto de la migraña en la función diaria de las personas. Sirve para determinar el número de días de la vida que se vieron afectados en los últimos tres meses, observar si hubo algún punto donde no pudieron funcionar de una manera a la que están acostumbrados. Valora la intensidad de los dolores de cabeza y la incapacidad que conllevan, se evalúan preguntas referentes a la productividad, faltas al trabajo, disminución del rendimiento en el hogar y días perdidos para diversión o relaciones sociales. Por otro lado, también recoge el número de dolores y la intensidad de los mismos (33,38,39,40,41). (Anexo 2)

Fue creado para identificar los diferentes grados de discapacidad relacionados a la migraña, en el ámbito laboral y extra laboral, fue validado por la International Headache Society, es breve, de uso simple, consistente de pocas preguntas, específico para la enfermedad y de alta confiabilidad y se correlaciona con los juicios médicos, ayuda a implementar las recomendaciones del tratamiento de migraña de acuerdo a las guías de cefalea y prevé una medida del tiempo perdido por la enfermedad (32,38).

Mide la discapacidad relacionada con la cefalea con base en 5 preguntas y la puntuación se obtiene de la suma de días perdidos por cefalea registrados en las preguntas. Esta puntuación puede ser mayor al número de días perdidos, en realidad si se afectan varias actividades en un mismo día. El cuestionario MIDAS tiene 2 preguntas adicionales que no se registran en la puntuación, pero brindan al médico información relevante, que ayuda en la toma de decisiones y tratamiento (32,38,39,41).

La puntuación se divide en 4 grados: Grado I (0-5 puntos): Limitaciones ligeras y poca necesidad de tratamiento en los pacientes; Grado II (6-10 puntos):

Limitaciones moderadas y necesidades moderadas de tratamiento; Grado III (11-20 puntos) y Grado IV grandes limitaciones de tratamiento ^(32,38,39,41,40). Las medidas de impacto de la cefalea sobre la calidad de vida percibida por el paciente han emergido de forma importante en los últimos años. Aunque no existe una definición de consenso, la calidad de vida representa el efecto neto de una enfermedad y su terapéutica sobre la percepción del paciente acerca de su posibilidad de tener una vida útil y realizada.

Los estudios realizados utilizando la escala MIDAS sugieren que las personas con cefaleas crónicas presentan mayor grado de discapacidad que aquellos con cefalea aguda, la media de días de trabajo perdidos y la puntuación total del MIDAS es muy variable en los diferentes estudios. Puede deberse a la diversidad de la población estudiada o a la naturaleza retrospectiva de los datos. También se ha observado que la puntuación en la escala MIDAS se relaciona indirectamente con el grado de realización personal de los pacientes y la cronicidad en la migraña se correlacionó con mayor percepción de discapacidad ^(32,38,39,41,40).

El cuestionario MIDAS fue desarrollado para medir el efecto de la migraña en la función diaria de las personas. Se trata de determinar el número de días de su vida que se vieron afectados en los últimos tres meses, hasta el punto de que no pudieron funcionar de una manera a la que están acostumbrados ^(32,38,39).

Valora la intensidad de los dolores de cabeza y la incapacidad que conllevan, se evalúan preguntas referentes a la productividad, faltas al trabajo, disminución del rendimiento en el hogar y días perdidos para diversión o relaciones sociales. Por otro lado también recoge el número de dolores y la intensidad de los mismos ^(32,38,39) (Anexo 2). Se considera que los pacientes con migraña tienen una peor calidad de vida que los pacientes con diabetes e hipertensión o depresión, debido a que esta infra-diagnosticada, este problema no es detectable ⁽⁴²⁾.

Por todas estas razones es muy importante medir el grado de discapacidad de los pacientes con migraña ya que de esta manera tendremos una información más certera de cómo está impactando esta enfermedad a los pacientes, así podremos intervenir favorablemente en su tratamiento integral.

1.2 Planteamiento del problema

La migraña es un padecimiento con alta prevalencia en México, que afecta a un gran número de hombres y principalmente mujeres. En la práctica de la Medicina Familiar en el Centro de Salud se observó que la migraña se encuentra subdiagnosticada, ya sea porque los pacientes le dan poca importancia al padecimiento o los médicos no están debidamente capacitados en su detección, dando prioridad a otras enfermedades y de esta manera no se atiende una enfermedad; la cual puede ser diagnosticada identificando los criterios diagnósticos y utilizando instrumentos para su detección. De esta forma se puede ayudar a cambiar el pronóstico a largo plazo, evitando las complicaciones, al identificarse oportunamente la enfermedad.

La migraña causa discapacidad provocando que quienes la padecen no puedan realizar sus actividades laborales, del hogar y sociales, afectando incluso las actividades de esparcimiento, puede repercutir en la economía de las familias al causar días de pérdida laboral y encontrarse incluso en riesgo de perder su actividad generadora de ingresos debido a faltas constantes, provocando aún más estrés, que es un factor detonante para continuar presentando crisis de migraña. Al mismo tiempo, al causar discapacidad para realizar las labores del hogar, se provoca descuido hacia los demás integrantes de la familia. Aunado a esto, el paciente se siente incapacitado para realizar actividades sociales y recreativas que regularmente disfrutaba realizar, lo que le provoca aislamiento de sus familiares generando crisis familiares.

Al investigar sobre este padecimiento, se observó que existe asociación a múltiples enfermedades, y al tratarse la migraña, estaremos dando un gran paso en el tratamiento integral del paciente, y tendrá una mejoría en el padecimiento por el que originalmente acudió a consulta, dando apoyo integral y mejorando su calidad de vida, tanto económica, laboral, familiar y

socialmente, con lo que se ayudaría a disminuir el impacto que causa esta enfermedad.

Es importante conocer la experiencia del paciente desde su propia perspectiva, porque ayuda a medir la forma en que el paciente puede afrontar o adaptarse a este padecimiento. Existen instrumentos de fácil aplicación que se pueden aplicar en la consulta diaria y que pueden ayudar al médico a detectar el grado de discapacidad de un paciente y al detectarlo brindarle la atención que requiera.

Por todas estas razones surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál el grado de discapacidad de los pacientes con migraña del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”?

1.3 Justificación

La migraña afecta al 11% de la población mundial, en México al 12% de la población, causando discapacidad y deterioro progresivo en la calidad de vida, el 31.3 % de los pacientes presentan más de 3 ataques mensuales de los que el 5.73% requiere reposo en cama, lo que condiciona al menos 1 día de reposo laboral ^(4,9,10).

Siendo la Migraña una enfermedad incapacitante, disminuye la calidad de vida de los individuos y afecta su entorno, porque se afectan rubros como la convivencia familiar y la productividad laboral.

En el Centro de Salud José Castro Villagrana solo se registraron 2 casos de Migraña en el mes de junio del año 2017, lo que llamó la atención ya que la cefalea es un síntoma muy común en la población Mexicana, siendo las ciudades como la de México, donde es más frecuente encontrar esta patología, por lo que se considera que se encuentra subdiagnosticada debido a la falta de detección intencionada.

Evaluar el grado de discapacidad puede llevar a permitir observar los cambios en salud, resultado de la intervención médica, motivo por el que es importante observar la propia experiencia del paciente en relación a su padecimiento. Del mismo modo, al realizar una detección intencionada del padecimiento se puede dar tratamiento y disminuir sus efectos discapacitantes, tanto sociales como psicológicos en los pacientes. Para ello es importante evaluar la apreciación subjetiva que tiene el paciente sobre los efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en su vida diaria, para lo que se requiere un método de evaluación válido y confiable.^{38,39}

Esta investigación nos puede ayudar a detectar oportunamente a los pacientes que sufren de migraña y por lo tanto corregir cierto grado de discapacidad y mejorar su calidad de vida. Existen Herramientas de fácil aplicación en el primer nivel de atención que no se emplean frecuentemente, una de ellas es el cuestionario MIDAS que consta de 5 preguntas para medir el grado de

discapacidad en los pacientes con Migraña; es rápido, confiable y se puede aplicar en el consultorio, por lo que es un instrumento disponible para realizar esta investigación, lo puede realizar un solo médico y no requiere de costos altos para llevarse a cabo. Al detectar intencionadamente la migraña se puede tratar el padecimiento adecuadamente, y por lo tanto generar una mejor calidad de vida. Además se ha observado un alto índice de automedicación en la población Mexicana, lo que ocasiona un tratamiento inadecuado y que el problema no se solucione; la automedicación puede llevar a la presencia de migraña crónica por un tratamiento inadecuado. Esta investigación nos puede ayudar a dar tratamiento oportuno a los pacientes que sufren de Migraña y por lo tanto corregir cierto grado de discapacidad y mejorar su calidad de vida. En el Centro de salud Dr. José Castro Villagrana se puede realizar este estudio ya que cuenta con la población necesaria para ser investigada a quienes se puede realizar el cuestionario MIDAS y una cédula de identificación de datos.

1.4 Objetivos:

1.4.1 Objetivo general

- Evaluar el grado de discapacidad de los pacientes con migraña del Centro de Salud José Castro Villagrana.

1.4.2 Objetivos específicos

- Medir el grado de limitaciones por migraña mediante la escala MIDAS
- Identificar las variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, escolaridad)
- Identificar la frecuencia de pacientes que se auto medica

1.5 Hipótesis de trabajo

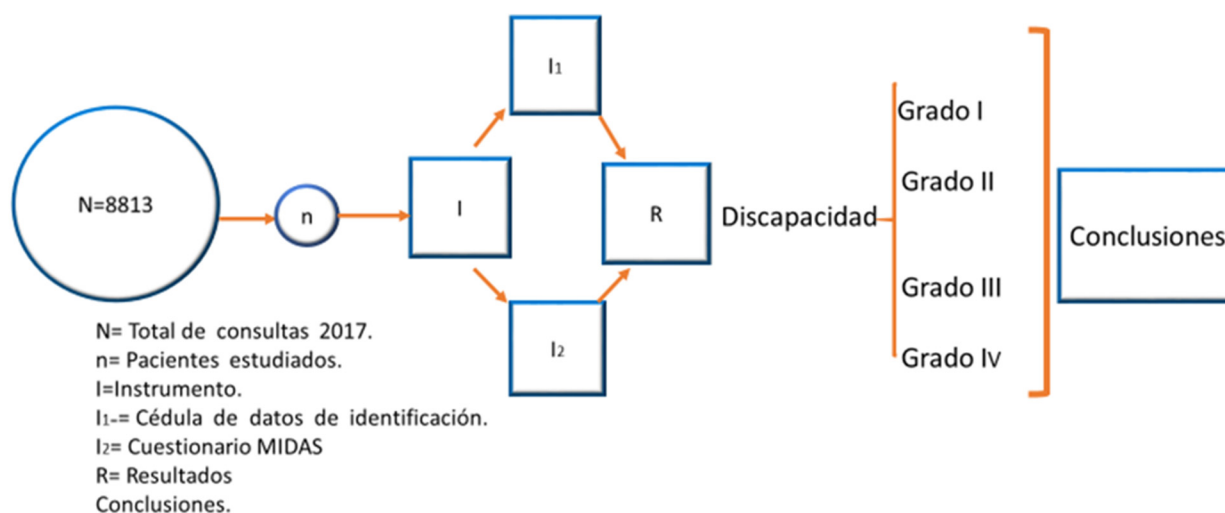
No requiere por ser un estudio descriptivo

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio socio médico, observacional, transversal, descriptivo, prospectivo. En donde se estudió un universo finito

2.2 Diseño de investigación de estudio:



2.3 Población lugar y tiempo

Hombres y mujeres con criterios de migraña que acudieron al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana por cualquier motivo, en el periodo del 01 de junio 2017 al 31 de junio 2017.

2.4 Muestra

No probabilística por cuota.

2.4.1 Calculo de tamaño de muestra

La muestra se seleccionó tomando en cuenta el número de consultas registrado en el año, la prevalencia mundial de migraña del 12% y se calculó de acuerdo con la formula se realizó un muestreo aleatorio simple.

$$n = \frac{N Z^2 p q}{d^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

N = Universo = 8813

Z = Nivel de significancia = 1.96

p = prevalencia = 12%

q = 1-p

d = error 5%

Total = 159 pacientes

2.5 Criterios de selección

2.5.1 Inclusión:

Pacientes masculinos y femeninos con criterios clínicos para diagnosticar migraña de acuerdo a la clasificación propuesta por la SIC, que acudieron al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana por cualquier motivo y que aceptaron participar a través del consentimiento informado.

2.5.2 No inclusión

Pacientes que no contaron con criterios clínicos para diagnósticos de migraña de acuerdo a la clasificación propuesta por la SIC.

2.5.3 Eliminación

Pacientes que no respondieran el cuestionario completo, pacientes que no aceptaron participar en el estudio y pacientes que no firmaron el consentimiento informado.

2.6 Variables (tipo y escala de medición)

2.6.1 Definición conceptual

- **Discapacidad:** Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona
- **Edad:** Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.
- **Sexo:** Características, genotípicas del individuo relativas a su papel reproductivo.
- **Ocupación:** Actividad o trabajo.
- **Escolaridad:** Periodo en que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender.
- **Automedicación:** Uso de medicamentos que realiza una persona para sí misma sin prescripción médica.

2.6.2 Definición operacional de variables

<i>VARIABLE / CATEGORÍA</i>	<i>TIPO Y ESCALA DE MEDICION</i>	<i>DEFINICIÓN OPERACIONAL</i>	<i>CALIFICACIÓN</i>
Discapacidad	Cualitativa Ordinal	Grado de deficiencias, limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.	a.-Grado I (0-5 puntos) limitaciones ligeras b.-Grado II (6-10 puntos) moderadas limitaciones c.-Grado III (11–20 puntos) limitaciones severas d.-Grado IV (21 o +puntos) limitaciones severas
Edad	Cuantitativa Continua	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha del estudio	De 15 a 70 años
Sexo	Cualitativa Nominal	Características genotípicas del individuo, relativas a su papel reproductivo	Masculino Femenino
Ocupación	Cualitativa Nominal	Actividad que realiza para lograr estabilidad económica	1.Desempleado 2. Ama de casa 3. Estudiante 4. Obrero 5. Comerciante 6. Empleado 7.Profesionista
Escolaridad	Cualitativa Nominal	Grado de estudios.	1.Analfabeta 2.Sabe leer y escribir 3.Primaria 4.Secundaria 5.Técnico 6.Bachillerato 7.Licenciatura 8.Posgrado
Automedicación	Cualitativa Nominal	Medicación sin prescripción	1.si 2.no

2.7 Diseño estadístico

Se procedió en primer término a tabular los cuestionarios aplicados en su respectiva matriz de datos de las unidades muestrales, para posteriormente analizar la información a través de procedimientos estadísticos descriptivos univariados y bivariados, por medio del software SPSS versión 15. Los análisis univariados, fueron de acuerdo a los niveles de medición de las variables, siendo éstos medidas de tendencia central y a través de análisis de frecuencia para las variables cualitativas. Los análisis bivariados, se procedió a través de

tablas de contingencia con las variables cualitativas y por medio del test de Chi Cuadrado.

2.8 Instrumento de recolección de datos

El instrumento constó de 3 apartados, cédula de identificación, identificación de datos clínicos de migraña y cuestionario MIDAS (Anexos 2, 3 y 4)

Se utilizó la escala MIDAS (Migraine, Disability Assessment Scale) Evaluación de Discapacidad por Migraña.

Sirve para identificar los diferentes grados de discapacidad por migraña, en el ámbito laboral y extra laboral, validado por la Sociedad Internacional de cefaleas, es breve, de uso simple, específico para la enfermedad y de alta confiabilidad y se correlaciona con los juicios médicos, ayuda a implementar las recomendaciones del tratamiento de migraña de acuerdo a las guías de cefalea y prevé una medida del tiempo perdido por la enfermedad. Tiene un buen nivel de correlación ($r=0.69$)

Mide la discapacidad con base en 5 preguntas y la puntuación se obtiene de la suma de días perdidos registrados en las preguntas. La puntuación puede ser mayor al número de días perdidos, si se afectan varias actividades en un mismo día. Este cuestionario tiene 2 preguntas adicionales que no se registran en la puntuación, pero brindan información relevante, que ayuda en la toma de decisiones y tratamiento.³⁸

2.9 Método para la recolección de datos

Previa autorización por parte de la directora del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana y de acuerdo con los criterios de inclusión y selección de la población se procedió a la aplicación del instrumento previa plática informativa sobre la enfermedad, se identificó a hombres y mujeres que cuentan con criterios de migraña de acuerdo a la clasificación de la SIC, se procede a

firmar consentimiento informado y posteriormente se procede al llenado del instrumento hasta recabar la cuota de pacientes.

2.10 Maniobras para evitar y controlar sesgos

Se realizó prueba piloto con 20 cuestionarios a individuos entre 18 y 70 años con la finalidad de medir los tiempos de llenado del instrumento y verificar si era comprensible para los pacientes. El llenado del cuestionario estuvo a cargo exclusivamente del investigador.

2.11 Procesamiento estadístico

2.11.1 Diseño y construcción de la base de datos

Una vez recolectada la información se procedió a construir una base de datos en Excel 2013 con los cuestionarios, otorgando un número de folio a cada uno y se asignó un código a cada variable.

2.11.2 Análisis estadístico

Estadística descriptiva:

Se obtuvieron:

- Medidas de resumen, frecuencia y porcentaje
- Medidas de tendencia central
- Se construyeron cuadros y gráficos

Análisis cualitativo: No aplica

2.12 Cronograma

Ver anexo 1

2.12.1 Etapas del estudio

I. Planeación.

1. Marco Teórico.
2. Material y Métodos.
3. Registro.

II. EJECUCIÓN.

1. Autorización de trabajo de campo
2. Recolección de datos.
3. Análisis de resultados
4. Descripción de Resultados.
5. Discusión.
6. Conclusiones.

III. ANALISIS

1. Análisis final
2. Revisión final.
3. Redacción de informe final
4. Autorización de tesis

2.13 Recursos humanos, materiales y físicos

Angélica Zamudio Villalazo residente de tercer año de Medicina Familiar.

Recursos materiales (listado de material y equipo con la cantidad que será empleada en el estudio).

- ✓ Computadora laptop
- ✓ Unidad de almacenamiento USB
- ✓ Lápiz, plumas, papel
- ✓ Servicio de fotocopiado

Hojas blancas

2.14 Financiamiento del estudio

Autofinanciado

Recursos financieros

Computadora Laptop

USB

Lapices boligrafos, una caja

Hojas blancas:

Impresora :

Tinta para impresora

2.15 Consideraciones éticas

La presente investigación no puso en peligro la vida, no produjo riesgos, ni lesiones al ser humano, no existieron intervenciones médicas invasivas, diagnósticas y terapéuticas. Solo se realizaron preguntas a través de los instrumentos (Cédula de identificación y Cuestionario MIDAS).

Es importante mencionar que la investigación tuvo un consentimiento informado por escrito en donde se determinó que no se atentaba contra la integración física o psicológica de los pacientes. La investigación cumplió con los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, emitidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, párrafo b donde habla de los principios básicos para realizar investigaciones.

XIII. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental, este debe enviarse para, consideración, comentario y cuando sea necesario aprobación del comité de Evaluación y Ética especialmente designado que debe ser independiente del investigador, patrocinador o cualquier otro tipo de influencia indebida.

XX. Para formar parte del proyecto de investigación los individuos deben ser sujetos voluntarios informados.

XXI. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación, a proteger su integridad, debe tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la de la investigación sobre su integridad física, mental y su personalidad.

XXVII. Tanto los autores como los editores tienen la obligación ética al publicar resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados.

XXVIII. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, solo en la medida en que tal investigación justifique un valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico, cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.

El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación en Salud para la investigación en México correspondientes al título segundo, aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Artículo 13. Se refiere al respeto de la dignidad y protección de derechos del humano en estudio.

Artículo 14 apartado V. Se refiere a la necesidad de contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación y/o su representante legal.

Artículo 16. Proteger la privacidad de cada uno de los entrevistados.

Artículo 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

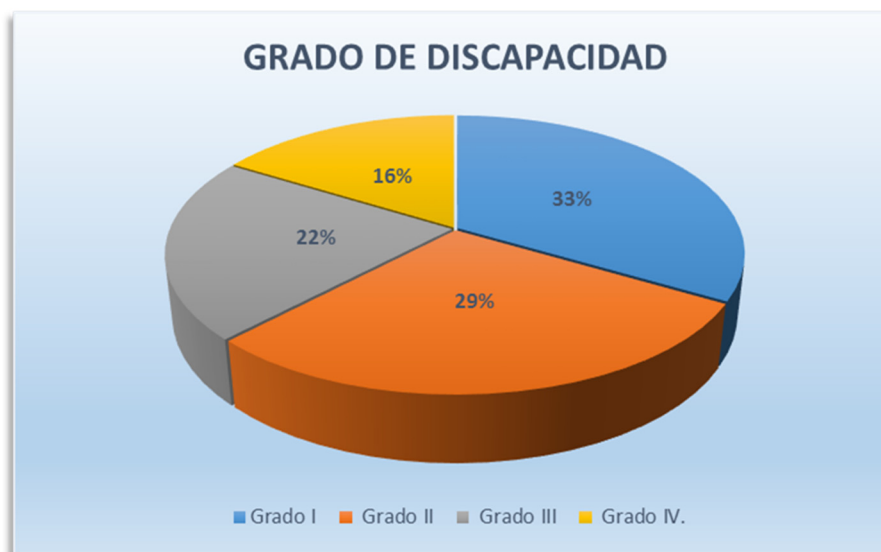
I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participen en el estudio. Entre los que se considera: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes y otros, en los que no se le identifique, ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Al ser un estudio sin riesgo no requirió de medidas de bioseguridad para los sujetos de estudio ni para los investigadores ni para el ambiente.

3. RESULTADOS

Participaron en el estudio 159 pacientes del Centro de Salud José Castro Villagrana, que cumplieron con los criterios de clínicos diagnósticos para migraña de la Sociedad Internacional de Cefaleas

El estudio consistió en el llenado de una cédula de identificación y que se respondiera el cuestionario MIDAS (Evaluación de la discapacidad por migraña) que valora el grado de discapacidad en los pacientes con migraña. Los 159 pacientes estudiados presentaron algún grado de discapacidad distribuida de la siguiente manera: Se encontró que el 33 % de los pacientes presentó discapacidad grado I, el 29% presentó discapacidad grado II, el 22% presentó discapacidad grado III y el 16% presentó discapacidad grado IV de acuerdo con los resultados de la escala de MIDAS (Gráfica 1).



Gráfica 1. Número de pacientes de acuerdo con el grado de discapacidad

De los individuos estudiados el 65% eran mujeres y el 35% hombres, 46% de los pacientes se encontraban entre los 18 y 30 años y el 49% entre los 31 y 60 años, por ultimo solo un pequeño porcentaje (6%) entre los 31 y 70 años.

Todos los participantes de la muestra presentan algún grado de discapacidad debido a la migraña.

En cuanto al análisis del grado de discapacidad en comparación con el sexo como se puede observar en la tabla 1, que no se presentó diferencia significativa ($p=0.105$) entre los pacientes masculinos y femeninos, mostrando que el género no es un factor que se encuentre relacionado o sea determinante para tener cualquier grado de discapacidad. En cuanto a la edad, los intervalos previstos en la muestra no se encuentran relacionados con los grados de discapacidad, ya que no se presentaron diferencias significativas ($p=0.164$) que pudieran dar indicios de que la edad es un factor determinante en los grados de discapacidad, producida por migraña. No obstante cuando se analizaron los grados de discapacidad con respecto a la ocupación, se observó diferencia significativa ($p=0.041$) por lo que se puede deducir que la ocupación del paciente es determinante en el grado de discapacidad. Los empleados son los que presentan mayor discapacidad (30%), seguido de las amas de casa (26%), los que les siguen son los estudiantes con el 17%. La ocupación entra estrechamente relacionada con el grado de discapacidad. La discapacidad que es más prevalente es la de nivel I tanto en amas de casa, empleados, estudiante y comerciantes, mientras que los profesionistas tienden más a desarrollar discapacidad grado II: por otra parte los Obreros tienen a tener más discapacidades grado II y III en el mismo nivel de prevalencia. Los desempleados tienden a reflejar discapacidad grado II. A diferencia de la ocupación el nivel de escolaridad no guarda relación con el grado de discapacidad ($p=0.206$), no hay significancia estadística que indique que el hecho de tener algún grado académico sea factor que determine el grado de discapacidad cuando se sufre migraña. El estado civil tampoco mostró alguna relación con el grado de discapacidad ($p=0.713$), ni el hecho de que el paciente se automedicara ($p=0.823$); cualquier situación del estado civil del paciente no condiciona el grado de discapacidad y menos si se automedica.

El análisis de la chi cuadrada para las distribuciones de los diferentes grados de discapacidad mostro que hay diferencias estadísticamente significativas y se ve determinado por la ocupación de la persona independientemente de su grado académico, edad, sexo, estado civil o si se automedica.

Respecto al comportamiento hacia la automedicación, se observa una alta frecuencia de esta costumbre ante la presencia de cefalea tipo migraña. El 98.1% respondió que se automedicaba, siendo el medicamento más utilizado es el paracetamol, el segundo medicamento más utilizado es el ácido acetil salicílico y solo 3 pacientes de 159 acuden al médico y ya tienen tratamiento preestablecido por un profesional de la salud.

Automedicación 98.1%	No.	Tratamiento médico 1.8%	No.
Paracetamol	44	Topiramato	1
Paracetamol+ cafeína	23	Paracetamol	1
Naproxeno	6	Zolmitriptan	1
Ácido acetil salicílico	32		
Ibuprofeno	41		
Compresas frías	2		
Té	1		
Homeopatía (sin receta)	1		
No hace nada	6		

Cuadro 3. Automedicación de los pacientes con migraña.

Tabla 1. Comparación de los diferentes grados de discapacidad vs sexo, edad, ocupación, escolaridad, estado civil y automedicación.

Variables	Total	Discapacidad por migraña				p*
		Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV	
Sexo						0.105
	Femenino	103 (65%)	38 (72%)	24 (52%)	21 (62%)	20 (77%)
	Masculino	56 (35%)	15 (28%)	22 (48%)	13 (38%)	6 (23%)
Edad						0.164
	18-21	12 (23%)	4 (9%)	1 (3%)	1 (3.8%)	18 (11%)
	21-30	12 (23%)	10 (22%)	9 (27%)	4 (15%)	35 (22%)
	31-40	10 (19%)	10 (22%)	6 (18%)	2 (8%)	28 (18%)
	41-50	8 (15%)	9 (20%)	7 (21%)	10 (39%)	34 (21%)
	51-60	8 (15%)	6 (13%)	6 (18%)	5 (19%)	25 (16%)
	61-70	3 (6%)	7 (15%)	5 (15%)	4 (15%)	19 (12%)
Ocupación						0.041
	Ama de casa	42 (26%)	14 (26%)	8 (17%)	10 (29%)	10 (%)
	Comerciante	10 (6%)	5 (9%)	1 (2%)	4 (12%)	0
	Desempleado	2 (1%)	0	2 (4%)	0	0
	Empleado	47 (30%)	16 (30%)	12 (26%)	8 (24%)	11 (42%)
	Estudiante	27 (17%)	13 (25%)	9 (20%)	4 (12%)	1 (4%)
	Obrero	15 (9%)	2 (4%)	5 (11%)	5 (15%)	3 (12%)
	Profesionista	16 (10%)	3 (6%)	9 (20%)	3 (9%)	1 (4%)
Escolaridad						0.206
	Analfabeta	1 (1%)	0	0	0	1 (4%)
	Bachillerato	43 (27%)	16 (30%)	8 (17%)	11 (32%)	8 (31%)
	Leer y escribir	4 (3%)	0	0	3 (9%)	1 (4%)
	Licenciatura	22 (14%)	7 (13%)	9 (20%)	5 (15%)	1 (4%)
	Primaria	12 (8%)	4 (8%)	4 (9%)	3 (9%)	1 (4%)
	Secundaria	54 (34%)	17 (32%)	19 (41%)	7 (21%)	11 (42%)
	Técnico	23 (15%)	9 (17%)	6 (13%)	5 (15%)	3 (12%)
Estado civil						0.713
	Casado	73 (48%)	22 (42%)	27 (59%)	13 (38%)	14 (54%)
	Divorciado	8 (5%)	4 (8%)	2 (4%)	1 (3%)	1 (4%)
	Soltero	43 (27%)	16 (30%)	12 (26%)	11 (32%)	4 (15%)
	Unión libre	23 (15%)	8 (15%)	4 (9%)	6 (18%)	5 (19%)
	Viudo	9 (6%)	3 (8%)	1 (2%)	3 (9%)	2 (8%)
Auto medicado						0.823
	No	6 (4%)	3 (6%)	1 (2%)	1 (3%)	1 (4%)
	SI	153 (96%)	50 (94%)	45 (98%)	33 (97%)	25 (96%)

*Significación asintótica (bilateral), Prueba de Chi-Cuadrada de Pearson

4. DISCUSIÓN

En este estudio se encuentra mayor prevalencia de migraña en el sexo femenino, lo cual concuerda con otros estudios realizados como el de Attar, Chandraman ⁽²⁰⁾. Cevoli Amico et al. ⁽²⁴⁾ refieren que se trata de un padecimiento infra diagnosticado, en lo cual concuerda este estudio, ya que en el Centro de Salud no había casos registrados de migraña y durante el estudio se pudo recolectar la muestra con 159 pacientes que contaban con criterios de migraña, una de las causas se debe a la alta automedicación de los pacientes ⁽²³⁾

La frecuencia de discapacidad grado I fue de 29% en grado II 23%, 22% en la discapacidad grado III y finalmente 16 % en la discapacidad grado IV. Los resultados obtenidos se relacionan con otros estudios internacionales, en donde se observa una disminución en las puntuaciones totales a medida que aumenta el grado de discapacidad ⁽³⁶⁾, no así con un estudio realizado en el 2002 por Fernández y Canuet, en donde el estudio se llevó a cabo en un hospital de neurología ⁽³⁰⁾.

En un estudio colombiano se observa que la edad en la cual se presentó más frecuentemente la migraña fue a los 33 años. Sin embargo, en este estudio se presenta una mayor frecuencia entre los 18-20 años ⁽³⁷⁾. Estos estudios no hablan de una relación entre la ocupación y el grado de discapacidad, aunque se observa en este estudio una alta incidencias entre empleados, amas de ca En el Centro de Dr. Salud José Castro Villagrana, se encontró que la mayoría de los pacientes con migraña presentan discapacidad tipo I y II de acuerdo con la escala de MIDAS, lo que se traduce como una discapacidad leve a moderada para sus actividades y se encuentran en momento idea de comenzar a recibir tratamiento . Aunque el 16.3% de los pacientes estudiados presentaron discapacidad tipo IV, un número importante a tomar en cuenta para la identificación de migraña en el primer nivel de atención.

Se encontró que el género femenino es el más afectado y la ocupación que presenta mayor discapacidad son los empleados, amas de casa y profesionistas. Se observa la automedicación como un grave problema en el tratamiento de la migraña, en especial si se toma en cuenta que se puede llegar a migraña crónica por abuso de analgésicos.

5. CONCLUSIONES

La migraña en el Centro de Salud José Castro Villagrana, se encuentra subdiagnosticada esto se pudo identificar al observar que en el registro estadístico no se encuentran casos de migraña y solo se observan pocos casos de cefalea sin especificar, y sin embargo, en el periodo que se realizó el estudio se pudieron identificar 159 casos de migraña un padecimiento que como se ha comentado puede causar discapacidad disminuyendo la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Por este motivo es importante que los médicos del primer nivel de atención estemos preparados para diagnosticar oportunamente la migraña para lo cual se sugiere capacitar al personal para la detección oportuna en las sesiones generales que se brindan al personal de salud para sensibilizar al personal sobre la importancia del padecimiento y hacer de su conocimiento los criterios clínicos para diagnosticar migraña, posterior a esta medida será necesario reforzar los conocimientos con una sesión de guías de práctica clínica sobre cefalea y migraña.

Una vez identificados los pacientes con migraña se deberá detectar el grado de discapacidad que presentan, una forma muy fácil y confiable de detectar a pacientes con migraña, es el uso de instrumentos sencillos como el caso de MIDAS, que con solo 5 preguntas nos puede mostrar si el paciente cuenta con algún grado de discapacidad, al identificarse podemos determinar el tipo de tratamiento que deben recibir de acuerdo a este grado de discapacidad e incluso dar referencias oportunas para los pacientes que requiera tratamiento neurológico.

Este estudio es el inicio de otras medidas que pueden llevarse a cabo para una adecuada capacitación del personal, de continuar investigando sobre este

padecimiento podemos llegar a un mejor conocimiento de la enfermedad provocando una mejor calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Una vez realizada la capacitación del personal se puede proceder a informar a la población que acude al Centro de Salud sobre los peligros de la automedicación, mediante pláticas informativas en donde se haga conciencia de los riesgos de la automedicación como por ejemplo, en los pacientes con migraña se puede provocar migraña crónica por automedicación

Informar a la población en este punto es una buena medida para evitar la automedicación no solo en la migraña sino en todos los padecimientos.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dubravcic LA. Historia de la cefalea. Rev Inst Med Su. 2007; LXXII(129): p. 129.
2. Palacios SL. Breve historia de las clasificaciones de las cefaleas. Rev Cienc Salud. 2004; 2(1): p. 46-55.
3. Pérez PR, Fajardo PM, López MA, Orlando GN, Nolasco CI. Migraña: un reto para el médico general integral. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003; 19(1): p. 0-0.
4. Society Headache Classification Committee of the International Headache. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013; 33(9): p. 629–808.
5. Gómez OM, Serna VI. Cefalea, más que un simple dolor. Rev Mex Neuroci. 2015; 6(6): p. 41-53.
6. González QV, González-Quintanilla V, Toriello-Suárez M, Gutiérrez-González S, Rojo-López A, González-Suárez A, et al. Estrés laboral en pacientes migrañosos: Diferencias según la frecuencia de las crisis. Neurologia. 2015; 30(2): p. 83-89.
7. Deza BL. La Migraña. Act Med Per. 2010; 27(2): p. 129-136.
8. Lipton RB, Serrano D, Buse DC, Pavlovic JM, Blumenfeld AM, Dodick DW, et al. Improving the detection of chronic migraine: Development and validation of Identify Chronic Migraine (ID-CM). Cephalalgia. 2016; 36(3): p. 203-215.
9. World Health Organization W. Atlas of Headache Disorders and Resources in the World 2011: A Collaborative Project of World Health Organization and Lifting the Burden Trento, Italy: World Health Organization; 2011.
10. Visens LS. Actualización en la prevención y Tratamiento de la Migraña. Medicina (Buenos Aires). 2014; 74(2): p. 147-157.

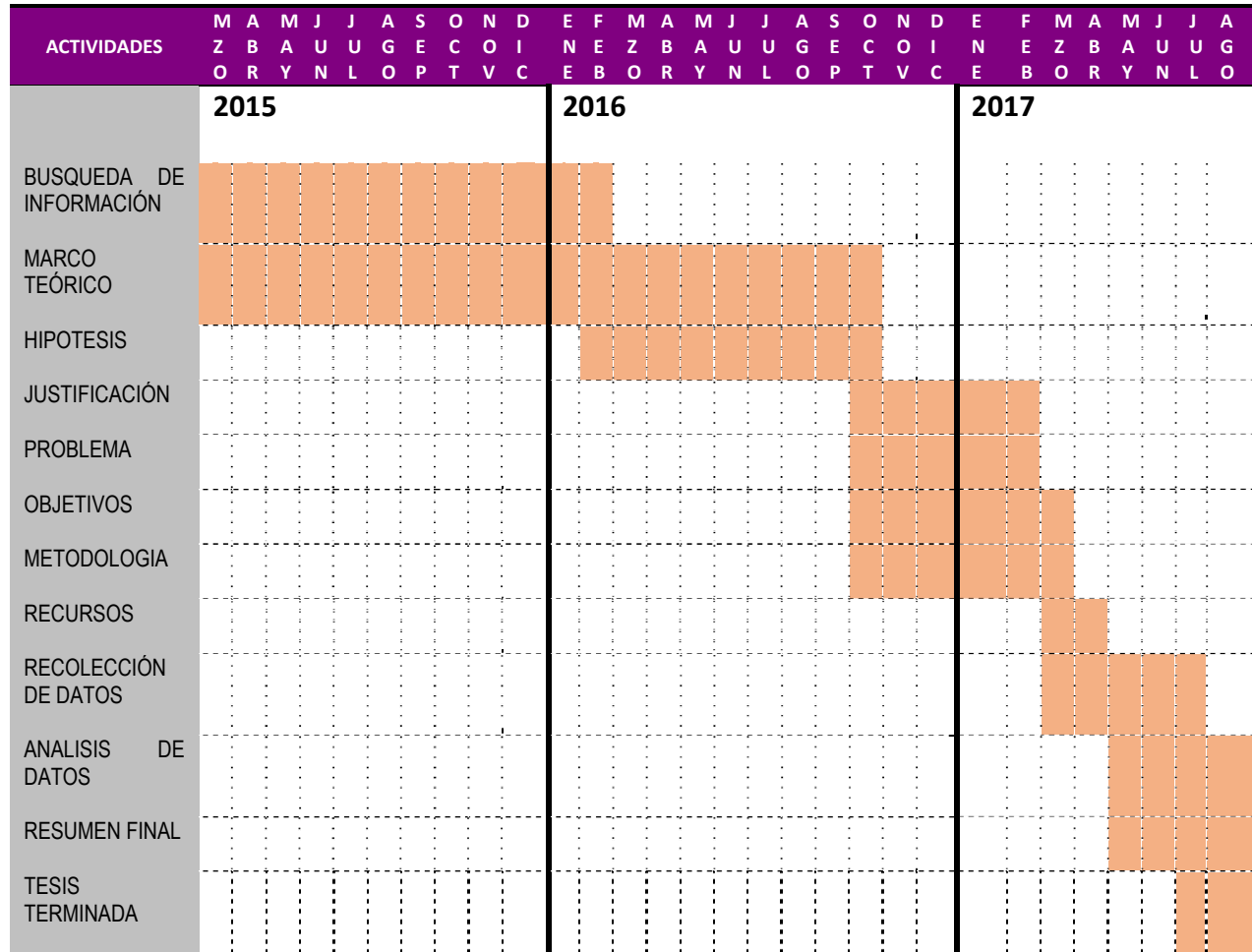
11. Sosa-Azcorra JA, del Refugio González-Losa M, Salazar-Ceballos JE. Migraña: Impacto en la calidad de vida de los Médicos Internos de Pregrado en Mérida, México. *Revista Biomédica*. 2014; 25(2): p. 68-73.
12. Takeuchi Y. Actualización en migraña. *Acta neurol colomb*. 2008; 24(3-1): p. 44-52.
13. Buse D, Lipton R, Reed M, Serrano D, Fanning K, Manack A. Barriers to Chronic Migraine Care: Results of the CaMEO (Chronic Migraine Epidemiology & Outcomes) Study (I9-1.004). *Neurology*. 2014; 52(10): p. I9-1.
14. Ocampo BP. Cefalea artículo de revisión. *Aten Fam*. 2006; 13(2): p. 28-30.
15. Morgan I EFGBPBTMLSBYWM. Sleep disturbances and quality of life in Sub-Saharan African migraineurs. *J Headache pain*. 2015; 16(1): p. 1-8.
16. Álvaro GL. Migraña y teoría evolutiva: vías para un acercamiento clínico. *Rev Neurol Esp*. 2016; 63(7): p. 315-325.
17. Volcy M. Fisiopatología de la migraña. *Acta Neurol Colomb*. 2013; 29(1): p. 44-51.
18. Geppetti P, Rossi E, Chiaarugi A, Benemei S. Antidromic vasodilatation and the migraine mechanism. *J Headache Pain*. 2012; 13(2): p. 103-111.
19. Johnson KW, Bolay H. The Headaches. In *Neurogenic Inflammatory mechanism*. 3rd ed. Philadelphia: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS; 2006. p. 309-319.
20. Pascual J. Migraña: diagnóstico y tratamiento. *Med Clin Barc*. 2001; 116(14): p. 550-555.
21. Attar HS, Chandramani S. Impact of physician empathy on migraine disability and migraineur compliance. *Ann Indian Acad Neurol*. 2012; 15(1): p. 89-94.
22. Caproni S, Bianchi E, Cupini LM, Corbelli I, Beghi E, Calabresi P, et al. Migraine-specific quality of life questionnaire and relapse of medication overuse headache. *BMC Neurol*. 2015; 15(1): p. 85.
23. Zaninovic V. Migrañas fisiopatología y tratamiento. *Colombia Médica*. 2001; 32(2): p. 87-88.

24. Cevoli S, Amico D, Martelletti P, Valguarnera F, del Bene E, De Simone R, et al. Underdiagnosis and undertreatment of migraine in Italy: a survey of patients attending for the first time 10 headache centres. *Cephalalgia*. 2009; 29(12): p. 1285-1293.
25. Alcántra MA, Sánchez CC. Tratamiento de la migraña en adultos en los servicios de urgencias recomendaciones de la Sociedad Americana de Cefaleas. *Rev Neurol*. 2017; 64(8): p. 382-383.
26. Dodick DW, Loder LE, Manack AA, Buse DC, Fanning MK, Reed ML, et al. Assessing barriers to chronic migraine consultation, diagnosis, and treatment: Results from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) study. *Headache*. 2016; 56(5): p. 821-834.
27. Ardila R. Calidad de vida una definición integradora. *Rev. Lat. Psico*. 2003; 165(2): p. 161-164.
28. Urzua MA, Caqueo UA. Calidad de vida, una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. 2012; 30(1): p. 61-71.
29. Urzua MA. Calidad de vida relacionada con la Salud: Elementos conceptuales. *Rev. Med. Chile*. 2010; 138(3): p. 358-365.
30. Yang M, Rendas BR, Varon S, Kosinski M. Validation of the Headache Impact Test (HIT-6) across episodic and chronic migraine. *Cephalalgia*. 2011; 31(3): p. 357-367.
31. Fernández CO, Cannet SL. Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes. *Rev Neurol*. 2003; 36(12): p. 1105-1112.
32. Young KS, Pa PS. The role of headache chronicity among predictors contributing to quality of life in patients with migraine: a hospital based study. *J Headache Pain*. 2014; 15(1): p. 68.
33. Minet LM, Duru GM, Mudge S, Cottrell S. Quality of life impairment, disability and economic burden associated with chronic daily headache, focusing on chronic migraine

- with or without medication overuse: A systematic review. *Cephalalgia*. 2011; 31(7): p. 837-850.
34. Almeida CMOD, Lima PAMDS, Stabenow R, Mota RSDS, Boechat AL, Takatani M. Headache-related disability among medical students in Amazon: a cross-sectional study. *Arq Neuropsiquiatr*. 2015; 73(12): p. 1009-1013.
 35. Volcy GM. Impacto social económico en el Sistema de salud de la migraña y otras cefaleas primarias. *Rev Neurol*. 2006; 43(4): p. 228-235.
 36. Buse D, Manack A, Serrano D, Reed M, Varon S, Turkel C, et al. Headache impact of chronic and episodic migraine: Results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache*. 2012; 52(1): p. 3-17.
 37. Stewart WF LRKKLJS. Reliability of the Migraine disability Assessment (MIDAS) score in a population based sample of headache sufferers. *Cephalalgia*. 2009; 19(2): p. 107-114.
 38. Adenis JS, Gómez B, Quintero R. Determinación de índice MIDAS en pacientes ambulatorios de Bogotá. *Acta Neurol Colomb*. 2008; 24(3): p. 105-113.
 39. Dadalti FY. MIDAS (migraine Disability Assessment): a valuable tool for work-site identification of migraine in workers in Brazil. *Sao Paulo Med/Rev Paul Med*. 2002; 20(4): p. 118-121.
 40. Lipton RB, Stewart W, Sawyer FJ, Edmeds JG. Clinical utility of an instrument assessing migraine disability: The Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire. *Headache*. 2001; 41(9): p. 854-861.
 41. Georgoudis G, Parasxou A, Chara P. Functional Assessment in Greek Tension-Type Headache Sufferers: Validity, Reliability, Responsiveness and Psychometrics of the Migraine Disability Assessment Questionnaire (MIDAS). *BJMMR*. 2015; 6(4): p. 367-383.

42. Pracilio VP, Silberstein S, Couto J, Bumbaugh J, Hopkins M, Ng-Mak D, et al. Measuring migraine-related quality of care across 10 health plans. *Am J Manag Care*. 2012; 18(8): p. 291-299.

7. ANEXOS



Anexo 1. Cronograma de actividades.

Anexo 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE ATENCIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir su participación debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier apartado que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

Si acepta participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted y algunos aspectos médicos relacionados con el dolor de cabeza tipo migraña para conocer el grado de discapacidad por esta enfermedad.

He comprendido totalmente el texto anterior, consiento voluntariamente a participar en este estudio y doy mi autorización para la publicación de los datos de este estudio en medios de difusión científica, manteniendo mi anonimato.

Participante: _____

Nombre completo y firma de aceptación

**Anexo 3 CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DE DATOS Y CUESTIONARIO
MIDAS.**

CÉDULA DE DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Escriba la información que se le solicita.

EDAD____OCUPACIÓN_____

FAVOR DE MARCAR CON UNA X

SEXO: HOMBRE___ MUJER___

ESTADO CIVIL: SOLTERO___ CASADO___ UNION-LIBRE___

DIVORCIADO___ VIUDO___

CUESTIONARIO MIDAS

(Evaluación de la discapacidad por migraña)

Conteste las preguntas relacionadas con todos los dolores de cabeza que usted ha tenido en los últimos 90 días (3 meses)

1.- ¿Cuántos días ha tenido que faltar al trabajo o al lugar de estudio a causa del dolor cabeza? _____

2.- ¿Cuántos días cree que su rendimiento en el trabajo o estudio se ha reducido a la mitad o más? (No cuente los indicados en la pregunta anterior).

3.- ¿Cuántos días no ha podido realizar las labores del hogar? _____

4.- ¿Cuántos días su rendimiento en las labores del hogar se ha reducido a la mitad o más? (No contabilice los indicados en la pregunta anterior). _____

5.- ¿Cuántos días no ha podido asistir a actividades sociales o de ocio?

A.- ¿Cuántos días en los últimos 90 días tuvo dolor de cabeza? (si el dolor duró más de un día anote el número de días) _____

B.- En una escala de 0 al 10, en promedio ¿Qué intensidad tuvieron los dolores de cabeza? (0 equivale a ausencia de dolor y 10 al dolor más intenso posible)

Anexo 4 CUESTIONARIO CEFALEA MIGRAÑA.

¿Cuántas veces en el último mes ha presentado dolor de cabeza?

Ninguna____una a tres____más de 5_____

Cuando presenta dolor de cabeza

Se auto médica____ Tomo un remedio casero____ Acudo al médico_____

En el caso de auto medicarse o usar remedios caseros. ¿Qué toma?

Cuando presenta dolor de cabeza y no toma ningún medicamento o el medicamento no funciona ¿Cuánto tiempo le dura el dolor?

Segundos____ Minutos____ Menos de 4 hrs____ Más de 4 hrs y menos de un día____ Más de un día_____

¿En qué parte de su cabeza presenta dolor?

Toda la cabeza____ La mitad de la cabeza____ Solo una parte de la cabeza_____

Cuando usted tiene dolor de cabeza:

¿Aumenta con la actividad física? (ejercicio) Si____ No____

Se acompaña de náusea o vómito. Si____ No____

Le molesta la luz o el ruido. Si____ No____